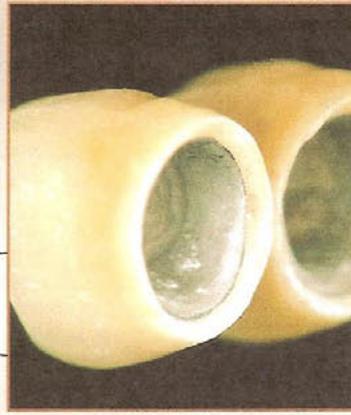
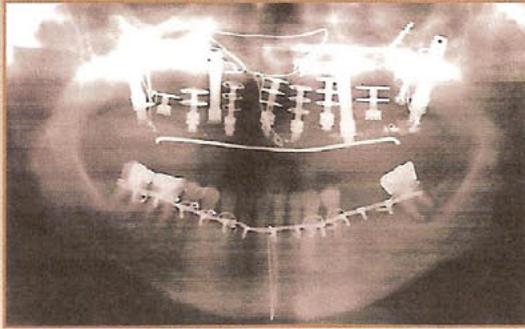


Revue Trimestrielle



de la chirurgie
à la prothèse sur implant

implantologie • novembre 2004

IMPLANTOLOGIE

Grefe Osseuse Autogène : une nouvelle technique de prélèvement avec le K-System

► Alain Ruet (Vaugneray) - Michel Kurc (Paris)

Présentation d'un dispositif médical mis au point par Michel KURC et qui permet d'effectuer des prélèvements d'os autogène sous forme de broyat osseux. La greffe osseuse est réalisée en deux temps :

- le prélèvement : à l'aide du foret trépan broyeur d'os (FTBO),
- l'injection : par l'intermédiaire d'une seringue adaptée au diamètre du FTBO. (Fig 1)

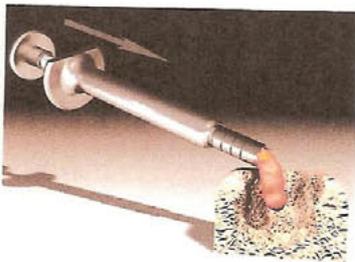


Fig 1 - Utilisation du K-system.

L'élément original de ce dispositif est le FTBO qui est un trépan constitué de deux éléments : un tube trépan qui réalise une carotte osseuse, et un foret-lame amovible qui vient simultanément broyer la carotte prélevée.

Le K-SYSTEM existe en quatre tailles : 3.2 mm, 4.2 mm, 5.2 mm et 6.2 mm. Les diamètres 3.2 mm et 4.2 mm permettent de préparer partiellement ou totalement un site implantaire sans avoir recours à un autre site de prélèvement.

Les diamètres 5.2 mm et 6.2 mm permettent des prélèvements plus importants au niveau symphysaire, rétro-molaire, ou tubérositaire.

Les indications du K-SYSTEM sont toutes celles où de l'os autogène

sous forme de broyat osseux est nécessaire, en parodontologie et en implantologie.

Trois cas cliniques sont présentés pour illustrer les indications du dispositif.

1- Cas du Dr Michel Kurc

Traitement d'un édentement de la 24 à la 26.

Deux problèmes se posent :

- Le diamètre vestibulo palatin de la 24 est supérieur au diamètre d'un implant standard.
- La hauteur sous sinusienne au niveau de la 26 est de 7 mm.

Au niveau de la 24, préparation partielle du site implantaire avec un FTBO de diamètre 3.2 mm, puis utilisation du matériel ancillaire du système implantaire de manière à finir la préparation du site. Un implant de 4x13 mm est posé. Le hiatus existant entre l'implant et l'alvéole osseuse est comblé par l'os prélevé à l'aide du FTBO.

Au niveau de la 26, une technique de Summers est réalisée en prélevant de l'os au niveau des sites 25 et 26 et ceci à l'aide d'un FTBO de diamètre 4.2 mm. Deux implants 5x10 mm sont posés en 25 et 26.

2- Cas du Dr Michel Kurc

Mise en place en un temps (implant + vis de cicatrisation) et sans lambeau, d'un implant de 5mm de diamètre et 11.5 mm de longueur au niveau d'une 36. Utilisation d'un FTBO de diamètre 5.2 mm et des forets RBS (Société Implants Diffusion International). Le FTBO traverse la muqueuse et réalise un méplat au niveau de l'os, les forets à butée préparent

ensuite le site implantaire. (Fig 2) L'implant est mis en place avec sa vis de cicatrisation. (Fig 3)



Fig 2 - Utilisation des forets RBS.



Fig 3 - Implant avec la vis de cicatrisation.

3- Cas du Dr Alain Ruet

Mise en place d'un implant au niveau d'une 15, dont le site présente une fenestration importante consécutive à une infection péri-apicale.

Une fois le lambeau récliné, le site implantaire est préparé (Fig 4), et l'implant est posé (ID Max-4x12 mm). Le pourtour de la fenestration est perforé à l'aide d'une fraise boule et va pouvoir ainsi recevoir une greffe osseuse. Un FTBO 5.2mm prélève un broyat cortico-spongieux au niveau du ramus (Fig 5). Le greffon est placé au niveau du défaut osseux (Fig 6).



Fig 4- Mise en place de l'implant et préparation du lit receveur de la greffe.



Fig 5- Prélèvement au ramus. Vue miroir.



Fig 6- Comblement du défaut osseux.

Esthétique et Orientation Tridimensionnelle en Implantologie Immédiate ou Différée

► André P. Saadoun (Paris)

Depuis quelques années, l'objectif des traitements implantaire a évolué : recréer la fonction n'est plus suffisant ; les patients exigent de surcroît un résultat esthétique.

La création d'une restauration implantaire esthétique émergeant d'une architecture gingivale en harmonie avec les dents adjacentes représente un formidable challenge. Toute extraction d'une dent, en particulier dans le secteur antérieur, engendre une destruction du futur site récepteur de la restauration implantaire par effondrement de la crête osseuse en direction palatine et la création d'un défaut gingival inesthétique au niveau de la corticale vestibulaire.

L'évaluation clinique, radiographique et le diagnostic pré-opératoire du site denté ou édenté s'avère donc nécessaire afin de sélectionner l'approche chirurgicale la plus prévisible et la réalisation prothétique la plus appropriée, pour obtenir un résultat esthétique. Un certain nombre d'autres facteurs doivent être pris en considération tels que la ligne du sourire, le soutien des lèvres, la symétrie faciale, la quantité/qualité osseuse,

le biotype parodontal, le futur profil d'émergence, les composants prothétiques et la forme de contour de la restauration implantaire finale.

Dans la zone antérieure, la mise en place tridimensionnelle précise de l'implant est impérative afin d'obtenir un équilibre entre la fonction, l'état de santé parodontal et l'esthétique. Une quantité insuffisante d'os peut empêcher le positionnement correct et l'orientation de l'implant alors que des tissus mous inadéquats ne donneront pas une apparence gingivale similaire aux dents adjacentes. Par conséquent, un aménagement minutieux des tissus osseux et gingivaux du site implantaire et un positionnement optimal

tridimensionnel de l'implant doivent être les paramètres principaux afin d'obtenir un résultat esthétique et de prévenir les risques de complication.

